



申请及免责声明  
UMH-Sparrow Financial Assistance Program  
1215 E.Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060

申请日期：\_\_\_\_\_

申请人电话号码：\_\_\_\_\_

患者信息		
名字	姓氏	出生日期

感谢您关注我们的UMH-Sparrow财务援助计划(UMH-Sparrow Financial Assistance Program, SFAP)。随函附上申请表及免责声明。以下是需要您提供的文件清单。如果已婚，请务必附上配偶的相关文件。此外，您可能还需要提供其他家庭成员的相关文件。

✓	所需的文件
	最近的联邦个人所得税申报表 - 表1040第1页和第2页(请附上W2s表格或1099s表格) <ul style="list-style-type: none"><li>• 如果通过他人的报税表申报，请发送该人员的税务信息</li></ul>
	最近的工资存根复印件，显示今年迄今为止的收入
	其他收入证明文件，包括但不限于： <ul style="list-style-type: none"><li>• 社会保障收入</li><li>• 子女赡养费</li><li>• 离婚抚养费</li></ul>
	储蓄和支票账户的银行对账单(如已婚，需提供联名账户和单独账户)
	您的身份证明文件(驾驶执照、州身份证或军人身份证)的复印件
	退休金对账单(IRA/401K/退休金)
	基本需求证明(如果没有收入)



申请及免责声明  
 UMH-Sparrow Financial Assistance Program  
 1215 E.Michigan Ave  
 Lansing, MI 48912  
 517.364.6060

如需递交您的申请表及文件：

- 扫描并通过电子邮件将资料发送到(通用财务咨询电子邮件待定)
- 资料邮寄地址：UMH-Sparrow, Financial Counseling, 需要新地址
- 资料传真号码：

如有任何问题，您可以拨打517.364.6060联系SFAP财务顾问。

财务信息：*必须提供验证				
月收入	申请人	配偶(其他)	申请人	配偶(其他)
*工作	\$	\$	*支票账户	*支票账户
			<input type="checkbox"/> 如果没有，请勾选 此处	<input type="checkbox"/> 如果没有，请勾选 此处
			<input type="checkbox"/> 如果是联名账户，请勾选 此处	
*社会保障	\$	\$	*余额 \$	*余额 \$
*养老金/年金	\$	\$		
*其他收入	\$	\$	*储蓄账户	*储蓄账户
			<input type="checkbox"/> 如果没有，请勾选 此处	<input type="checkbox"/> 如果没有，请勾选 此处
			<input type="checkbox"/> 如果是联名账户，请勾选 此处	
			*余额 \$	*余额 \$



申请及免责声明  
 UMH-Sparrow Financial Assistance Program  
 1215 E.Michigan Ave  
 Lansing, MI 48912  
 517.364.6060

*IRA / 401K	\$	\$		

家庭信息		
家庭是指在一份单一报税表上被列为共同申报人的人员。		
姓名：	关系：	年龄：

免责声明
<p>我们可能会获取一份信用报告来核实上述信息；根据隐私法的规定，我们不会将此信息透露给外部机构。您在此申请表上的签名，即表明您了解并同意使用此报告，并表示您提供的工资、财务状况、收入，财产和保险范围等相关信息准确无误。如果您的申请表中的任何信息发生变更，您有责任立即联系UMH-Sparrow更新您的信息。如果未报告变更情况，或者存在欺诈或滥用行为，UMH-Sparrow有权取消您参与SFAP计划的资格，并要求您承担由SFAP计划支付的医疗费用。</p> <p>对于您在SFAP承保期间因报销而产生的任何未来诉讼、未决诉讼或报销政策(例如AFLAC)，我们可能会保留留置权。</p> <p>*请在此处签名以表明您已阅读并理解本免责声明。 _____</p>



申请及免责声明  
UMH-Sparrow Financial Assistance Program  
1215 E.Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060

申请人或法定监护人签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

**\*\* 为确保及时处理您的申请，请尽快返回申请表。 \*\***

本申请表将由UMH-Sparrow处理并为您提供帮助，以解决您的财务义务问题。申请表内的所有信息将予以保密。

### 基本需求文件

如果您报告的收入为零，请填写以下内容：

日期：\_\_\_\_\_

患者姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

请务必在标明的每个部分进行手签及签名：

\_\_\_\_ 我目前没有收入

收入包括但不限于 - 就业薪水、残疾津贴、失业救济金



申请及免责声明

UMH-Sparrow Financial Assistance Program  
1215 E.Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060

养老金、年金、租金收入或社会保障。

\_\_\_\_\_ 我的基本需求(食物、衣物和住所)通过以下机构/个人得到满足：

---

(请列出满足基本需求的个人或机构的名单)。

\_\_\_\_\_ 我授权UMH-Sparrow核实我的基本需求是否

由上述个人或机构满足。

---

患者或代表签名

---

日期